

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Корнеева В.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Частота психосоматических расстройств в кардиологической практике составляет от 30 до 57% [1]. Нарушение функций сердечно-сосудистой системы традиционно рассматривается в связи с тревогой. Среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями частота депрессий составляет 22–33% и превосходит такое распространенное заболевание, как артериальная гипертензия [4].

В литературе представлено много данных, доказывающих роль психоэмоционального стресса в генезе аритмий сердца (Е.И.Чазов, В.М.Боголюбов, 1972; В.Н.Захаров и соавт., 1985; Р.Donbon и соавт., 1979; R.Reich и соавт., 1979, 1981; R.Brodsky и соавт., 1987). Как счи-

тают многие авторы (Г.Ф.Ланг, 1957; Е.И.Чазов, 1975; В.Lowm, 1978; W.Koberman и соавт., 1983), в развитии патологических нарушений проводимости и возбудимости сердца на фоне органического поражения миокарда психоэмоциональные напряжения играют роль пускового фактора.

Любое нарушение привычного сердечного ритма (кратковременное или продолжительное, возникающее внезапно без всяких предвестников или рецидивирующее с определенной периодичностью) неминуемо вызывает у больного страх смерти.

Пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии являются примером сочетания соматогенных и психогенных факторов. Органическая основа отмечается в 30% случаев. Чаще всего приступы бывают спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами. У 25% пациентов со здоровым сердцем отмечается тесная связь между появлением приступа и психотравмирующими факторами. Органически обусловленные экстрасистолы могут усиливаться при эмоциональных потребностях, и тогда они приводят к повышенной мнительности и ипохондрической переработке.

В связи с этим, мероприятия, направленные на уменьшение проявлений психопатологических нарушений, возникших вследствие сердечных аритмий, могут принести существенную пользу в комплексном лечении больных с нарушениями сердечного ритма.

Цель работы: изучение особенностей психической сферы больных с нарушениями сердечного ритма.

В задачи исследования входили:

1. Характеристика психического состояния больных с нарушениями ритма.
2. Выявление личностных особенностей этой группы больных.

Материалы и методы: Обследованы 26 больных, из них 14 женщин, в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст $43,1 \pm 11,7$ года). Все больные имели верифицированную сердечно-сосудистую патологию, наблюдались кардиологом и получали соответствующее лечение.

Исследование построено на комплексном подходе, предполагающем сочетание клинического метода и экспериментально-психологических методик: Торонтская алекситимическая шкала (TAS), клиническая градуированная шкала депрессии Гамильтона, шкала тревожности Спилбергера, тесты Хейма и Лазаруса для изучения копинг-поведения и визуально-аналоговая шкала для оценки качества жизни больных.

Работа проведена на базе кардиологического отделения Витебской областной клинической больницы.

Результаты и обсуждение. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 у больных были установлены расстройства тревожного круга (56% больных): панические атаки, генерализованное тревожное расстройство, нозогенное тревожно-фобическое расстройство; соматоформные (19%) и депрессивные расстройства (25%): расстройства адаптации, соматогенные депрессии.

Уровень личностной тревожности больных, по результатам данного исследования, оказался значительно выше нормы ($52,06 \pm 7,26$ балла при норме до 45 баллов, $p < 0,05$).

Согласно самооценке больных уровень реактивной тревожности оказался низким ($27,25 \pm 6,88$ балла при норме от 30 до 45 баллов).

Наибольший удельный вес в симптоматике, диагностированной по шкале тревожности Спилбергера, занимали симптомы тревожно-депрессивного круга.

Алекситимию принято рассматривать как личностный фактор риска развития психосоматических заболеваний. Для обследованных больных характерен высокий уровень алекситимии ($88,13 \pm 9,89$ балла при норме 62 балла и менее по шкале TAS). Это указывает на наличие трудности осознания и вербализации эмоций, различия телесных ощущений и эмоциональных состояний, что обуславливает склонность к соматизации психического дискомфорта в этих случаях.

Большинство пациентов (56%) в соответствии с градацией шкалы депрессии Гамильтона на момент фонового обследования перенесли малый депрессивный эпизод, 18% – большой депрессивный эпизод.

Исходно у всех больных преобладали неконструктивные механизмы копинга во всех сферах (альтруизма, растерянности, покорности и подавления эмоций в себе).

Таким образом, представляется возможным сделать следующие **выводы**:

1. Определенный уровень депрессии присутствует у большинства больных с нарушениями ритма сердца заболеваниями. Типичной является коморбидность расстройств тревожного и депрессивного спектра.

2. Особенности диагностики психических расстройств у больных с психосоматическими расстройствами, обусловленные их личностными характеристиками, определяют необходимость сочетания объективной и субъективной оценки состояния.

3. Полученные данные подчеркивают актуальность разработки психотерапевтических подходов, ориентированных на трансформацию сферы эмоционального копинга у больных с психосоматическими расстройствами. Психотерапия может способствовать улучшению

адаптации психосоматических больных за счет снижения выраженности алекситимии и повышения конструктивности совладания со стрессом.

Литература:

1.Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999. – С. 159–60

2.Любан-Площа, Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Площа, В. Пельдингер, Ф. Крегер – СПб., 2000.

3 Карвасарский, Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б. Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2000.

4.Курпатов, В. И. Особенности комплексного лечения психосоматических больных кардиологического профиля в специализированном отделении. TERRA MEDICA. / В. И. Курпатов, Л. С. Сергеева Г. А. Иванова. – 2002

5.Психосоматические расстройства. Концептуальные аспекты (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А. Б. Смулевич [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. – 1999. – Vol. 4. – P. 4–16.

6. Lown, M. Mental stress arrhythmias and sudden death / M. Lown // Am. J. Med. – 1982. – Vol. 72. – P. 177–80.